

**AANVRAAGFORMULIER TEGEMOETKOMING ZORGVERBLIJF**

Uw aanvraag moet voor uw verblijf of ten laatste op de laatste dag van uw verblijf goedgekeurd zijn.
Bezorg dit formulier dus tijdig aan ons terug.

DEEL 1 - ADMINISTRATIEVE GEGEVENS**IDENTIFICATIE VAN DE AANVRAGER**

Kleefzegel

Voornaam en naam:

Adres:

Aansluitingsnummer:

Telefoonnr.:

E-mailadres:

IDENTIFICATIE VAN DE CONTACTPERSOON

Naam:

Telefoonnr.:

E-mailadres:

KEUZE ZORGVERBLIJF

Aan welk zorgverblijf geeft u de voorkeur?*

Categorie A <i>Patiënten die lichte of zware verzorging nodig hebben.</i>	Categorie B <i>Opvang van patiënten die lichte verzorging nodig hebben.</i>	Categorie C <i>Centrum, huis of instelling met een specifiek therapeutisch project.**</i>
<input type="checkbox"/> Residentie 't Neerhof <input type="checkbox"/> De Toekomst <input type="checkbox"/> Résidence St. James <input type="checkbox"/> Château Sous-Bois <input type="checkbox"/> De Nieuwe Ceder (ook B & C) <input type="checkbox"/> Herstelverblijf Salvador	<input type="checkbox"/> Dunepanne <input type="checkbox"/> Résidence du Lac <input type="checkbox"/> Koninklijke Villa <input type="checkbox"/> Zorghotel Drie Eiken <input type="checkbox"/> Ter Lokeren (ook C) <input type="checkbox"/> Casa Ametza <input type="checkbox"/> Aquamarijn	<input type="checkbox"/> Namaste huis <input type="checkbox"/> Cité Sérinne <input type="checkbox"/> Zorghuis Oostende <input type="checkbox"/> Zorghuis Limburg

* Het centrum voor herstel/zorgverblijf kan uw verblijf weigeren, in functie van de beschikbare plaatsen en de ernst van de zorgnood die blijkt uit de medische aanvraag.

** Voor de hersteloorde van categorie C dient u eerst zelf contact op te nemen aangezien zij eerst met de kandidaat-herstellende kennis willen maken.

Verblijft u momenteel al in een door OZ erkend zorgverblijf (zie bovenstaande kader)?

- JA: tot wanneer is uw verblijf gepland? / /
- NEE

BIJKOMENDE INFORMATIE

Komt er iemand met u mee naar het zorgverblijf?

- NEE
- JA

Naam en voornaam:

Band met de aanvrager:

Aansluitingsnummer:

Kleefzegel

*De tussenkomst voor de begeleider kan enkel toegekend worden indien hij of zij in orde is met de aanvullende verzekering van OZ.

Breng dit formulier volledig ingevuld binnen in uw plaatselijk OZ kantoor of stuur het op naar OZ Sociale Dienst, Gistelsesteenweg 294 bus 1, 8200 Sint-Andries Brugge. (tel. 050 40 52 09 – zorgverblijven@oz.be)

De beslissing over een tussenkomst volgt onder voorbehoud binnen de 10 werkdagen.

AANVRAAGFORMULIER TEGEMOETKOMING ZORGVERBLIJF

DEEL 2 MEDISCHE EN SOCIALE GEGEVENS

IDENTIFICATIE VAN DE AANVRAGER

Kleefzegel

Voornaam en naam:
 Adres:
 Aansluitingsnummer:
 Telefoonnr.:
 E-mailadres:

DE REDEN (DIAGNOSE) VOOR DE AANVRAAG VAN HET ZORGVERBLIJF

- operatie - zo ja, welke?
- tijdelijk gebrek aan aangepaste hulp/mantelzorg - zo ja, welke?
- (chronische) ziekte - zo ja, welke?
- psychische problemen - zo ja, welke?
- dementie

VOND ER EEN RECENTE HOSPITALISATIE OF DAGOPNAME PLAATS?

- NEEN
- JA → datum van de hospitalisatieperiode:

MOTIVATIE VOOR DE REDEN VAN AANVRAAG:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DE ZORGCRIERIA: WELKE ZORG HEB JE MOMENTEEL THUIS NODIG?

Hebt u volgende zorg nodig?		Omschrijf welke hulp er nodig is.
Verzorging bij persoonlijke hygiëne	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> jezelf wassen <input type="checkbox"/> aan- en uitkleden <input type="checkbox"/> toiletbezoek	
Hulp bij verplaatsingen en transfers	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> rolwagen <input type="checkbox"/> loophulp <input type="checkbox"/> ander hulpmiddel <input type="checkbox"/> hulp in en uit bed	

Hebt u volgende zorg nodig?		Omschrijf welke hulp er nodig is.
Verpleegkundige zorg	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> inspuitingen <input type="checkbox"/> wondzorgen <input type="checkbox"/> hulp/observatie bij inname van geneesmiddelen	
Kinesithherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Hulp bij het eten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Hulp om naar het toilet te gaan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Observatie en toezicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	

AANGEWENZEN DUUR VAN HET VERBLIJF

(Met een mogelijke verlenging tot maximum 28 dagen per kalenderjaar)

- 7 dagen
- 14 dagen
- 21 dagen (een akkoord voor 21 dagen is enkel mogelijk na een ziekenhuisopname)

Datum

Handtekening van de aanvrager

Let wel: deze aanvraag moet goedgekeurd zijn voor of ten laatste op de laatste dag van uw verblijf. Breng dit formulier tijdig en volledig ingevuld binnen in je plaatselijk OZ kantoor of stuur het op naar OZ Sociale Dienst, Gistelsesteenweg 294 bus 1, 8200 Sint-Andries Brugge. (tel. 050 40 52 09 – zorgverblijven@oz.be)